

RAPPORT DE LA COMMISSION SANTE USG/UISG
A L'ASSEMBLEE GENERALE USG/UISG

**PROPOSITIONS OPERATIONNELLES
POUR LES INSTITUTIONS SOCIO-SANITAIRES DES RELIGIEUX ET DES RELIGIEUSES**

PRELIMINAIRES

Dans une période de crise généralisée, où s'entrecroisent des éléments imprévus et imprévisibles, les Ordres et les Congrégations qui, par charisme et tradition, se sont consacrés aux besoins sociaux et à la santé, vivent une phase d'incertitude. Ce n'est pas la valeur des institutions, et encore moins leur potentiel charismatique de soins et d'évangélisation qui est en discussion mais leur **continuité dans l'actuel contexte de précarité** et de manque croissant de ressources économiques et matérielles.

Dans une situation, pour beaucoup d'Ordres et de Congrégations il y a un grand risque de rechercher des formes nouvelles et plus faciles pour soutenir le propre charisme, en effectuant sans discernement adéquat **des renvois, des cessions ou des aliénations** des propres Institutions à des sujets privés, certainement solvables, mais souvent poussés par des intentions spéculatives.

La Commission santé de la USG / UISG - après avoir étudié la question à travers un Comité d'étude élargi - a approuvé un Document " *L'âne du Samaritain est malade. Les Institutions des Religieux pour la Santé comme instruments de pratique de la charité au XXIème siècle.* » Ce Document propose d'intéressants thèmes de réflexion et est à considérer comme une partie intégrante du travail présent. D'autres larges consultations, nous permettent maintenant de remettre à l'Assemblée de l'USG la présente réflexion qui - faisant sienne l'analyse du Document mentionné ci-dessus indique de possibles parcours et fait les propositions

PARCOURS POSSIBLES DE TRAVAIL

Assurer le soutien à nos Institutions en modifiant en partie leur fonctionnement, sans toutefois les dénaturer ou les aliéner, est possible et à notre portée. Nombreuses sont, dans le monde, les réalités et les modèles qui en témoignent. Et n'est pas l'objectif de notre présent travail d'en exposer des cas spécifiques, mais c'est en les observant que nous pouvons caractériser les cas de travail à faire en commun, en peu de temps. Dénominateur commun de ces propositions : la recherche de la recomposition de la fragmentation contemporaine.

La coordination

En partant d'une relecture actualisée de nos charismes et des expériences des fondateurs, nous pourrions identifier plus clairement, plus concrètement et plus précisément les valeurs, les tensions, les spécificités et les caractéristiques qui distinguent notre expérience dans le domaine de la santé d'avec celles des autres. Sur la base de ces capacités distinctives, nous pourrions essayer de développer une véritable et propre **stratégie de coordination entre nous et d'intégration dans le monde de la santé** en transformation. Seul, aucun de nos Ordres et Congrégations n'est en mesure d'aborder la complexité des changements en cours. Pour agir ensemble, nous avons besoin de reconnaître les contextes actuels. Pour agir ensemble, nous avons besoin de reconnaître au nom de quel motif et dans quel but nous devons orienter nos énergies communes. Nous sommes certainement appelés à partager et à rendre synergiques

des parties importantes de notre “**logistique**”, des approvisionnements en commun, au partage de modèles d'organisation et d'administration, de la communication externe à la maximalisation de l'utilisation des appareillages technologiques et informatiques. Nous sommes aussi appelés à mettre toujours plus en commun le regard pour **lire les signes des temps** et les appels pour les aborder; Une pure représentation institutionnelle ne suffit pas: il faut des organismes qui, unis, peuvent exprimer **une voix unitaire** et opérer des choix d'action qui pourront avoir une vraie suite. Nous devons travailler pour qu'une telle possibilité se réalise.

Hub & Spokes

Une expérience réelle de coordination et d'intégration entre Ordres et Congrégations, pourra nous insérer dans les systèmes sociaux de services publics et privés pour la santé.

On peut prévoir que les Systèmes Sanitaires, particulièrement en Occident, vont évoluer toujours davantage, au cours des prochaines années, vers un modèle appelé “hub & spokes” (en éventail), dans lequel quelques grandes structures auront un **rôle central d'intégration** et de couverture générale des besoins plus spécialisés et beaucoup d'autres petites structures évolueront en **articulations** territoriales, pour la couverture des besoins de santé plus simples, ou spécialisés pour affronter de manière la plus efficace possible les exigences et les pathologies spécifiques. Dans un cadre de ce genre, dans lequel il y a un risque de parcellisations ultérieures des parcours de soins, pourra être particulièrement significatif le rôle de ces structures capables de fournir aux personnes des expériences intégrées privilégiant la qualité et relation et la positionnant ou replaçant de manière sensée et efficace nos Institutions dans les systèmes sanitaires en évolution.

Les Hôpitaux de Communautés

La perspective d'investir dans la réalisation de structures comme celles que l'on appelle “hôpitaux de communauté”, **petites structures centrées sur la personne** pour **traitements après périodes aiguës, ou chroniques** et pour la gestion des urgences sanitaires plus légères que les structures publiques ont aujourd'hui du mal à assumer, semble en ce sens une option de grand intérêt pour nos Institutions qui pourraient bien prévoir chez elles des espaces pour de telles actions ou convertir à cette fin des réalités qui ne sont plus soutenables. Des structures comme celles-ci sont en fait l'avenir des possibilités proposées par les systèmes sanitaires contemporains parce que, intéressant les **communautés, le troisième secteur, les médecins de base**, elles apportent une réponse efficace, à coûts réduits de 2/3 par rapport à l'hôpital traditionnel, pour des besoins qui concernent des secteurs toujours croissants de la population.

La médecine populaire et de territoire

Par un parcours de relecture de leur propre mission et des propres fonctionnalités, il faudrait amener les Institutions des Ordres et Congrégations religieuses à concentrer leurs attentions et les ressources sur la **médecine populaire** et de territoire et sur l'organisation de services comprenant particulièrement l'attention à la santé et au bien être des **catégories les plus handicapées**, comme peuvent l'être les personnes dépendantes, les vieillards isolés et à ressources faibles, les personnes sans domicile, les toxicodépendants, les malades psychiatriques toujours plus “oubliés” par la santé publique, particulièrement maintenant à la suite de la contraction générale des systèmes de welfare public.

Par nos structures, nous avons la possibilité de leur témoigner une **proximité authentique et de qualité**. Il est juste que la responsabilité envers les plus faibles, selon le principe de subsidiarité, soit partagée par tous mais certains, en période d'individualisme croissant et de fragilité des liens sociaux, ont un **devoir prophétique** dans ce domaine. Nous croyons que nos structures doivent se situer parmi eux.

Réseau et Collaboration

La connexion entre le social et le sanitaire, la recombinaison subsidiaire et innovatrice des ressources économiques et matérielles des personnes, des familles et des communautés, la valorisation du capital social et culturel des corps intermédiaires de la société sont toutes des bassins d'énergie et des ressources qu'on pourrait faire fructifier efficacement pour les faire concourir au soutien de nos structures, y compris dans le sens économique. Individualiser les formes et les propositions les plus aptes à créer ces **collaborations avec le monde vital** de l'associationnisme, de la coopération, de l'emprise sociale, de la représentation sociale, du mouvement pour les droits civils et sociaux est un service auquel beaucoup se sont engagés et un **service générateur**. Nous croyons que, de manière unitaire et partagée, nos structures aussi doivent s'engager sur ces chemins, les enrichir de leur propre histoire et compétence et s'enrichir par eux en apprenant des manières nouvelles et davantage capables d'amener la santé dans les communautés et de créer du bien-être pour tous. Le réseau permet aussi de repenser la santé comme un système intégré de services et d'actions qui précèdent et suivent la phase sanitaire, en assurant la continuité et la variété (prévention - soins – rééducation).

La ressource du laïc

Il pourrait être donné par nos Ordres et Congrégations, dans cette direction, une poussée d'un plus grand **engagement et d'une plus grande sensibilisation** dans le cadre interne des collaborateurs laïcs, dans et hors de nos Institutions. Le personnel laïc qui collabore avec nous, les volontaires, les associations formelles et informelles qui sont nées avec le temps et qui se sont développées à côté de nos activités, les fidèles que nous rencontrons dans notre vie religieuse représentent un gisement d'énergie, des idées et des ressources que nous n'utilisons probablement pas assez. Nous devons avoir le courage pastoral et organisateur de proposer aux laïcs **d'avantage de place** dans notre vie et dans nos activités, les écouter, les engager plus, ne pas redouter qu'ils prennent des responsabilités, non seulement de manager mais aussi à tout autre niveau. "Nos" laïcs, particulièrement les plus jeunes, représentent aujourd'hui, **un lien** avec la société que nous devons valoriser davantage pour promouvoir en elle nos valeurs et notre et pour gagner **plus de fraîcheur et de nouveauté** dans notre culture d'organisation. Pour que ce soit possible, il est toutefois nécessaire que nous apprenions à notre tour à être suffisamment attirant pour eux en relançant conjointement les exigences de notre charisme et les possibilités de réaliser dans nos structures des expériences **de formation et de développement en recherches** mêmes technologiques, en correspondance avec notre temps.

Une nouvelle gouvernance

Une démarche pour rendre possible tout cela dans nos Institutions pourrait être d'étudier de nouvelles formes de gouvernance, capables de lier ressources et charisme d'une manière nouvelle et plus efficace. Particulièrement prometteuses et intéressantes nous semblent être ces formes de **gouvernances conjointes** entre plusieurs entités et congrégations dans lesquelles la gestion des activités est confiée à des **organismes techniques**, inspirés mais spécialisés, qui stimulent des synergies et des optimisations dans la gestion, cependant que l'organisation, le contrôle et l'orientation des structures restent dans le domaine de chaque congrégation; ainsi, sans renoncer à l'efficacité, on peut préserver l'identité, l'histoire et les charismes, en construisant des réalités capables d'opérer le "sauvetage" de tant de réalités en crises de notre monde. Il existe de bonnes réalisations de ce type et, surtout, elles peuvent être développées. Mais il faut de la volonté et du courage. Seul un parcours de travail commun, sérieux et approfondi pourra nous montrer si ces conditions existent et si les solutions de ce genre peuvent être réalisées par nous.

Il ne s'agit pas seulement d'un problème technique ou d'une solution juridique et administrative comme nous avons souvent tendance à nous le figurer. IL existe en effet dans le monde des expériences innovatrices, souvent de matrices culturelles communes à la nôtre, qui tentent de construire des solutions de ce genre, tant sur une vaste échelle, que dans des contextes plus petits. On pense par exemple à la Fundación Summa Humanitate qui, en Espagne et en Italie, aide beaucoup de congrégations religieuses à ne pas gaspiller leurs propres biens et leur propre charisme en assumant sans but lucratif une gestion efficace de structures qui autrement, seraient vouées à la fermeture ou à l'aliénation . On pourra aussi étudier d'autres expériences comme celle de Welfare Italia, réseau de sujets de la société civile qui, par le

bas, avec des processus de type mutualiste et coopératif, développent en Italie des dispensaires privés, polyvalents, à bas coûts et à qualité élevée, appelés "lieux de soin", dans lesquels, sans renoncer à de petites marges de profit économique, on pratique une conception de la médecine populaire, accessible et holistique. Il pourrait y avoir beaucoup d'autres exemples; on a cité les bonnes expériences multiples d'intégration entre Institutions et communautés locales qui ont fleuri dans le sud du monde grâce à l'engagement et à la persévérante prévoyance de beaucoup de nos religieux; elles constituent de vrais modèles vertueux imitables également en occident, où l'on pourrait améliorer non seulement les parcours sanitaires mais aussi aider une société fragmentée et désorientée à retrouver le sens et le pouvoir du Soins qui se trouve dans la vie communautaire. Un autre modèle est l'institution de la Fondation, civile et/ou ecclésiastique, dont on a eu un modèle dans la Province Lombardo Vénète des religieux Camilliens.

Les solutions juridiques et techniques pour faire vivre ces expériences existent et peuvent être trouvées et adaptées presque toujours, en raison du grand intérêt, même public, qu'elles présentent.

PROPOSITIONS OPERATIONELLES

I - Première proposition

Pour que ce qui a été dit plus haut puisse trouver une réalisation, nous proposons aux Supérieurs Majeurs **d'instituer une Table ronde inter-congrégations**, qui agira comme voix des Supérieurs Majeurs dans le domaine de la santé. Cette Table ronde sera chargée de :

1. **Identifier des propositions opérationnelles et des modèles pratiques** (*best practices*) qui se présentent comme une réponse à la crise des structures sanitaires;
2. **Accompagner la mise en œuvre de pratiques innovantes**, d'en évaluer l'efficacité et d'en assurer le follow up;
3. **Etudier des solutions juridiques** et en soutenir la réalisation en collaboration ou en consultation avec d'autres partenaires;
4. **Activer les liens** - au nom des deux V nions - **avec les autorités ecclésiastiques et les entités civiles semblables.**

A cette Table, on attribuera un **budget d'opérativité** et l'on fixera un modus operandi prévoyant des **comptes-rendus-réguliers et fréquents** à USG - UISG (exemple: *progress report* trimestriel).

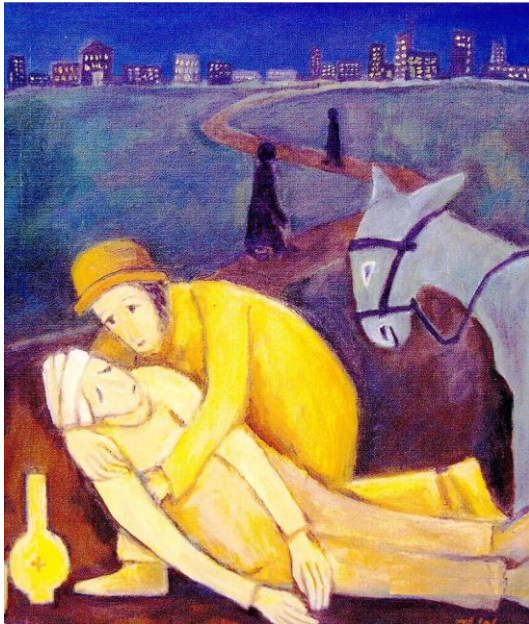
La Table ronde devra se caractériser pour être

- **internationale** (aborder les aspects de la santé selon une plate forme internationale et avec vue sur le monde);
 - **spécifique** (selon les thèmes relatifs aux institutions socio-sanitaires, en tant que fournisseurs des services de santé caractérisés par la multiplicité des acteurs engagés);
 - et **pratique** (visant *ad intra* la recherche d'une création de liens entre les charismes et, *ad extra*, d'une animation de l'église locale);
- in fine, on suggère que la Table Ronde **réunisse religieux et laïques**, dépassant d'éventuelles incommunicabilités.

II - Deuxième proposition

Nous suggérons aux Supérieurs Majeurs d'organiser - dans le cadre de leurs propres rencontres institutionnelles ou par des rencontres spécifiques - **une journée de réflexion** relative à la crise des Institutions socio-sanitaires et à l'étude de voies de sortie.

PS : Ci-dessous on peut lire le texte de base d'où ont été tirées les PROPOSITIONS OPERATIONELLES exposées au-dessus.



Et il prit soin de lui
Lc 10,34

L'ANE DU SAMARITAIN
EST DEVENU MALADE

Les Institutions des Religieux
voués à la Santé comme
instruments pour la pratique de la
Charité au XXIème siècle

1) INTRODUCTION: LA CRISE ET SES BLESSURES

Nous vivons dans un temps difficile par ses contradictions. Ce que nous appelons crise présente en réalité l'aspect d'un mal être radical, qui dénonce l'épuisement et le caractère illusoire d'une idée de l'homme et d'un modèle de développement.

L'Eglise, Maîtresse d'Humanité, est plus sensible que les autres à cette vicissitude: elle ne cesse pas, à travers son propre Magistère, d'exhorter les femmes et les hommes de notre temps à s'ouvrir à la lumière de l'Evangile, elle qui, seule, peut révéler la vérité sur l'homme et sur son avenir, en orientant donc correctement l'agir humain vers les vrais objectifs de bien être soutenables. C'est le rôle de tous les chrétiens d'assumer de manière spéciale la vie consacrée.

Les Ordres et les Congrégations religieuses actives dans l'apostolat de la santé ressentent particulièrement cet appel, qui correspond pleinement au sens des charismes distribuées dans le temps par leurs propres fondateurs; aujourd'hui encore, être à côté de l'homme frappé et blessé par la maladie et par la gêne pour en partager les souffrances et la croix peut conduire à parcourir ensemble la route des soins, ce qui, par la proximité, conduit à la vérité de l'agapè et au salut.

La quantité et la qualité des structures socio-sanitaires que les Ordres et les Congrégations religieuses ont développées dans le temps dans tout le monde temporel constituent un type particulier de responsabilité et d'opportunité en ce sens.

Accueillir cet appel signifie toutefois se rendre compte avec franchise et courage qu'aujourd'hui, nos institutions aussi sont frappées et blessées dans leurs ressources et dans leurs possibilités concrètes de pratiquer le ministère d'une manière authentiquement conforme aux réelles exigences de notre temps. Nos hôpitaux et cliniques, nos structures socio-sanitaires en général (Institutions), du fait de la rencontre de beaucoup de facteurs, ont toujours plus de difficultés pour assurer un soutien nécessaire, pour réagir de manière concrète et significative sur les vrais besoins de santé que les personnes de notre temps, particulièrement les plus gênées, nous manifestent.

La discussion ne porte pas sur la valeur des Institutions, ni encore moins, sur leur potentiel charismatique de soins et d'évangélisation, mais plutôt sur leur continuité dans l'actuel contexte de précarité et de carence croissante de ressources économiques et matérielles.

Dans une telle situation, il y a pour beaucoup d'Ordres et de Congrégations, un fort risque de rechercher des exercices nouveaux et plus soutenables du propre charisme en procédant, sans bon discernement, à des départs, à des cessions ou à des aliénations des propres Institutions à des sujets privés, certainement solvables mais souvent poussés par des intentions spéculatives.

Nous ne croyons pas que ce soit là la route à suivre pour vivre et renouveler nos charismes; ou mieux, nous ne pensons qu'une telle route qui semblerait parfois bonne à prendre, puisse être retenue et suivie sans un discernement large et adéquat aux dimensions du problème qui nous est soumis par les signes des temps et qui n'est pas purement économique.

Quitter une structure sanitaire, pour un Ordre religieux, ne signifie pas seulement réduire ses propres coûts mais aussi remettre à d'autres une partie de sa propre histoire; abandonner un lieu de présidence de la santé physique et spirituelle d'un territoire; interrompre une large série de relations avec des personnels, avec des collaborateurs, avec des malades, avec des familles, et avec d'autres porteurs d'intérêt. De plus, on ne peut pas ne pas se rappeler comment, dans un moment de contraction globale des services socio-sanitaires publics, les structures des Ordres religieux, qui, de toujours, ont eu des formes d'accès populaire, représentent aussi un organisme social fondamental pour la santé et le bien-être. Ils sont donc une sorte de bien commun local, comme souvent les populations intéressées le reconnaissent ouvertement. Là où de telles structures sont cédées à des sujets privés à but lucratif, ceux-ci sont nécessairement intéressés de manière prééminente au profit, cette fonction ne pourrait que venir à manquer.

Il faut donc assumer avec courage et responsabilité les diverses dimensions de la crise actuelle comme une opportunité qui nous est donnée et dont nous devons faire un utilisation sage et non hâtif.

La recherche de solutions à la crise structurelle de nos Institutions, est inspirée par la fantaisie de la Charité dans la prise en charge des dimensions matérielles et techniques de l'organisation, dans la logistique, dans l'organisation du travail, dans la gouvernance, pour produire une soutenabilité globale

Avec le présent document, base pour un approfondissement et une programmation de nouveaux parcours, les Ordres et les Congrégations composant la Commission *Salute* de USG-UISG envisagent d'essayer de tracer quelques coordonnées fondamentales parmi lesquelles développer le discernement et la recherche nécessaires pour affronter efficacement la crise de sens et de ressources qui frappe la société, nous-mêmes et nos institutions.

2) Les POINTS DE REFERENCE

2.1) Soutenabilité:

Soutenabilité est un mot clé dans le débat contemporain sur le développement et sur l'avenir de nos systèmes sociaux et économiques; c'est un mot qui nous concerne aussi. Donner de la soutenabilité à nos Institutions est le souci principal que nous avons parce que c'est par elle que nous pensons pouvoir et devoir arriver au but ultime de notre apostolat: annoncer et témoigner de l'Évangile à toute personne et amener à la santé et au salut éternel tous ceux qui se sont confiés à nous.

Pour nous, soutenabilité ne peut pas seulement signifier équilibre du bilan à la fin de l'exercice. Pour être notre point de référence commun, la soutenabilité doit être avant tout maintien et témoignage du charisme, comme style de notre action, comme attention universelle aux besoins de tous; l'équilibre du bilan est juste et nécessaire, mais il doit être un instrumente pour réaliser ces fins. En résumé, nous pourrions dire que nous voudrions maintenir en vie nos "hôpitaux" en assurant en même temps l'"hospitalité", c'est-à-dire l'attention à la personne et à l'humanisation des soins matériels et spirituels qui, dans l'histoire, les ont caractérisés et que certains d'entre nous pratiquent dans leurs propres structures depuis 1200.

2.2) Le charisme du Soin

Au centre de tout il ne peut y avoir que le Charisme. C'est le charisme de nos fondateurs qui doit guider notre action et notre discernement. Nous ne pouvons pas prendre en considération un bilan ou faire des choix stratégiques de gestion si nous n'avons pas d'abord porté notre regard sur le charisme qui nous conduit et nous inspire. Et si les charismes sont divers et distribués comme l'Esprit le désire, il y a aussi une sorte de charisme unitaire qui relie les Ordres et les Congrégations engagés dans la pastorale de la santé et dans ses œuvres: nous pourrions le qualifier de Charisme des Soins".

Nous appelons ici "Soins" une manière de faire qui a été celle du Christ lui-même et qui est celle de l'Église dans son ensemble: un style de vie par lequel la rencontre avec l'autre, blessé et touché dans sa dignité par la maladie, la gêne, la pauvreté et la souffrance, devient nécessairement, avec l'aide de l'Esprit, prise en charge réciproque et processus de libération physique, psychique et sociale d'un mal-être qui apporte contrainte et limite la liberté de la personne d'opter pour le bien, comprend la dimension technique et scientifique du soin mais va bien au-delà, en veillant au bien-être et au bonheur comme état global de la personne et condition pour entrer dans l'agapè du Père qui nous a été révélée par Jésus-Christ.

Dans la perspective des soins, c'est avant tout la relation qui est thérapeutique, et c'est sur le lien, l'interdépendance et la recomposition de l'expérience humaine que se s'appuie le rapport sanitaire et de socio-assistance.

C'est une perspective qui distingue certainement nos institutions dans leur ensemble.

Nous devons toutefois reconnaître, avec courage et honnêteté un affaiblissement de la tension charismatique au cours des dernières années. La croissante complexité des besoins, la laïcisation de la société, les changements démographiques et sociaux, le niveau technologique toujours plus élevé des activités sanitaires en même temps que l'augmentation de leurs coûts, la réglementation toujours plus complexe et rigoureuse du secteur, la crise des institutions publiques, le déclin des vocations religieuses sont un ensemble de facteurs qui ont certainement entamé cette dynamique. Il reste toutefois le fait qu'une telle chute de "tension charismatique" contraste profondément avec notre identité plus profonde et authentique et il serait trop simple et réducteur de penser pouvoir ne l'affronter qu'en renonçant aux hôpitaux et cliniques et en déléguant aux autres notre responsabilité.

Il faut donc avant tout purifier notre regard et commencer à faire référence de manière toujours plus directe et contraignante à nos charismes d'origine pour nos choix et leurs conséquences organisatrices, en nous donnant, de manière unitaire et partagée, des parcours sérieux de discernement et des indicateurs adéquats pour le jugement sur les choix opérés. La doctrine sociale de l'Église constitue certainement une référence primaire et fondamentale pour ce processus. Même l'histoire de nos Ordres et Congrégations et

la lecture attentive des témoignages de nos fondateurs, à la lumière de l'Esprit, peuvent nous révéler constamment des choses nouvelles et actuelles dont nous pouvons tirer des leçons.

2.2.1) Les lieux des soins

Il est fondamental que les Soins trouvent un endroit où ils seront pratiqués; ou mieux que, dans notre société, puissent continuer à exister et être reconnaissables par tous des "Lieux de soins" où l'on peut faire l'expérience des parcours complexes que les Soins comportent.

Pour que cela se réalise, il ne suffit pas qu'il y ait nos locaux physiques ni des constructions, souvent précieuses. Il est nécessaire qu'ils soient et restent enracinés dans les territoires et en lien avec eux.

L'intégration entre les structures et les communautés est pour nous un point de référence essentiel. Nous devons, hélas, reconnaître que souvent, surtout dans le monde développé occidental, cette référence s'est affaiblie jusqu'à être pratiquement perdue. Au nom d'une croissance dimensionnelle et de la spécialisation d'excellence, bien que ce fut utile pour la maintenance économique et pour la réputation, beaucoup de nos Institutions ont négligé ce qui est authentiquement Soins: comme l'enseigne la parabole du Bon Samaritain, ce qui compte, ce n'est pas tellement ni seulement le médecin ou l'infirmier que la communauté dans laquelle la personne soignée rentrera et celle dont fait partie celui qui a soigné l'a confiée.

Les pays en voie de développement dans lesquels nos Ordres et Congrégations sont actifs et représentent souvent une large part de l'offre sanitaire disponible, sont des maîtres en ce sens.

Devant des réalités, il est pour nous naturel et indispensable d'opérer une pleine intégration entre hôpitaux et structures de soins et communauté territoriales. Sans cette intégration et sans une osmose constante et quotidienne entre les capacités de soins de ces deux réalités, nous ne réussirons à remplir pas même une petite partie du service que nous réalisons dans cette réalité. Pourquoi cela ne se passe-t-il ainsi dans les Pays développés? Pourquoi ne réussissons-nous pas à reproduire des formules communautaires de soins dans ces domaines? Ce sont des questions fondamentales aux quelles nous ne pouvons répondre que si nous plaçons au centre de nos attentions un intérêt renouvelé pour le territoire et pour le rôle que nous pouvons jouer dans les communautés qui l'habitent grâce à nos structures et à notre témoignage. Nous pouvons avoir peur des changements qu'un tel regard pourrait exiger de nos modèles d'organisation expérimentés. Nous sommes nés sur le territoire, dans une communauté bien précise; nous nous y sommes développés, là est notre vocation et là est notre vraie demeure; c'est vers la communauté et vers le territoire que nous devons nécessairement nous tourner avec nos structures alors que nous découvrons que nous nous en sommes éloignés..

2.2.2) Appropriation et humanisation des Soins

En ces temps de pouvoir de la technique et de l'illusion qu'elle peut apporter remède à tous les problèmes et difficultés de l'homme, il est d'une importance vitale pour nous de faire référence à l'appropriation et à l'humanisation des soins comme points déterminants de nos activités dans le domaine de la santé.

Appropriation des soins signifie pour nous, avant tout, apporter les soins adaptés à la situation de souffrance que nous rencontrons, en évitant de distribuer des soins qui ne sont pas nécessaires d'un point de vue clinique, même s'ils semblent "convenir", et d'appliquer des traitements thérapeutiques dont l'utilité n'est pas scientifiquement sûre. Mais appropriation signifie aussi, pour nous, donner un sens plus global, avec le malade et ses proches, au parcours de soins entrepris, en soutenant aussi les dimensions relationnelles, affectives et spirituelles et en utilisant l'occasion de la souffrance pour aider les gens à s'ouvrir à la dimension plus large de la valeur de la souffrance et de la recherche du bien-être authentique. Dans la société contemporaine sont en cours des changements démographiques et culturels qui déplacent l'axe des attentions pour la santé vers des dimensions comme la chronicité, il soulagement, la prévention, la cure spécialisée, l'application de la technologie. Il ne s'agit pas toujours de simples tendances à

comprendre et à soutenir correctement. Toutefois, ces phénomènes mettent en cause notre capacité de lecture du changement du système de santé, de sa mise à jour, et de son repositionnement lorsque c'est nécessaire. Cette large idée d'appropriation que nous voulons présenter est peut être en ce sens un critère fondamental d'orientation et de discernement.

C'est dans cette manière de soigner avec application que réside la clé de l'humanisation, le parcours de soins, en mettant la personne au centre, ainsi que ses intérêts, ses motivations, ses désirs et sa soif de vie, en réorganisant autour de son expérience de souffrance toute la manière avec laquelle les soins sont assurés. Ceci a été et est, pour la majeure partie de nos structures une tâche constitutive et originale mais, sur ce terrain aussi, nous devons constater, dans les dernières décennies, une chute de tension. Certes, il ne s'est pas agi d'un choix explicite, mais d'un conditionnement que certaines pratiques d'organisation et clinico-sanitaires semblent avoir induit subrepticement. Il faut de nouveau du discernement et du courage, pour revenir à la promotion du dialogue avec les progrès de la science médicale et avec l'organisation des systèmes sanitaires dans lesquels nous sommes insérés. En termes moraux, nous pourrions dire qu'entre l'appropriation et l'humanisation des soins comprises en sens purement techniques et la manière selon laquelle il faut qu'ils soient pratiqués dans nos structures, il y a le même rapport qui, comme les plus récentes encycliques du pape Benoît XVI nous le rappellent, est entre Justice et Charité. Il faut tenir compte de la première: gare si l'on donne la charité alors qu'est due la justice, comme nous le rappelle *Apostolicam Actuositatem*; mais c'est seulement de la deuxième que peut venir une poussée authentique vers l'humanisation. Il s'agit d'un "plus" non seulement immatériel, que les personnes perçoivent et souvent recherchent sans cependant réussir à le trouver toujours.

2.2.3) Les directions des Soins

Avant d'indiquer quelques directions possibles à prendre, rappelons-nous qu'il est nécessaire de signaler encore quelques points de référence qui, dans notre réflexion, nous semblent fondamentaux pour relancer l'action de nos structures en affrontant les problèmes qui se présentent à nous sans abandonner le domaine de la santé ni nous perdre dans une insignifiance liminale.

2.2.3.1.) L'animation

Nous voudrions d'abord souligner le thème de l'animation, comprise comme action "dense" de signification et d'accompagnement des parcours qu'entreprennent les personnes lorsqu'elles entrent en contact avec nos Institutions, directement ou indirectement. Il s'agit d'une action large et ministérielle, qui intéresse aussi bien le malade que sa famille et la communauté dans laquelle ils sont insérés, mais qui s'étend également à notre personnel, à nos collaborateurs et aux candidats à l'entrée dans nos Ordres et Congrégations. Pour le fait que la crise des vocations nous frappe durement, elle n'est pas au point de justifier un recul de l'attention dans la formation pédagogique des figures religieuses appelées à travailler dans nos structures pour qu'on y développe clairement les capacités et les compétences nécessaires pour l'animation, y comprises les attentions indispensables pour la prévention, pour la dimension écologique du bien-être, pour l'éducation au style de vie sobre et correct. La formation technique et directive des candidats ne pourra avoir un sens et des dimensions justes que si elle est correctement insérée dans un tel projet de formation, peut-être pas aussi centralisé de nos jours.

2.2.3.2) La dimension populaire

En second lieu, en cohérence avec l'esprit initial des fondateurs; il nous semble que nos Institutions doivent et peuvent maintenir dans leurs activités une dimension strictement populaire, vue comme une attention permanente à l'accessibilité aux soins de bonne qualité pour le plus grand nombre possible de gens. Une santé d'élite et seulement pour les possédants ne fait pas partie de notre ministère ni de notre vocation, dans laquelle l'option préférentielle pour les petits, les simples, les pauvres, ni de l'idéologie, reste un élément fondateur. Nous devons constater qu'au-delà du financement public que nous recevons dans bien des cas grâce aux conventions que nous souscrivons, beaucoup de nos structures d'aujourd'hui lient leur survie matérielle à la possibilité d'exiger des tarifs élevés de leurs usagers. Si, d'une part cela peut être

justifié par la qualité technique élevée et réceptive qui peuvent être proposées, cela représente par ailleurs un risque important de perdre le lien populaire avec le territoire et avec ses exigences qu'il faut plutôt récupérer avec force, en recherchant les plus petits.

2.2.3.3) Unité vers l'autoréférence

Pour finir, même si ce n'est pas le moins important, se situe la référence à l'unité entre nous, Ordres et Congrégations et avec l'Eglise, unité qui n'est pas seulement à proclamer en paroles mais qui doit être une pratique quotidienne de gestion et de solidarité et être en usage quotidien entre structures. Une telle unité, reflet de l'Unité qui, en Christ, nous relie au Père et à l'Esprit et celle appelée à se faire Communion visible et à avoir des réflexes missionnaires explicites et évidents. Ce n'est pourtant pas un mystère qu'entre nos Institutions, c'est encore loin de se réaliser. Trop souvent nous n'avons essayé que timidement de "faire les choses ensemble" et nous avons préféré rester chacun dans notre propre espace, tant dans la dimension pastorale que dans celle de l'organisation. Trop souvent nous avons placé nos petits intérêts quotidiens avant la nécessité d'être ensemble le visage visible de l'Eglise dans le domaine de la Santé. C'est une référence à nous-mêmes qui nous a empêchés de construire réseaux authentiques et efficaces entre nous et avec les autres, et dont la crise montre toute la myopie. De tout cela, nous ressentons le besoin de demander pardon au Père, aux frères et aux sœurs, en adoptant une attitude de conversion du cœur et du regard, condition nécessaire pour permettre aussi des changements d'organisation et des restructurations de nos activités et une meilleure collaboration entre les structures et entre nous.

3) PARCOURS POSSIBLES DE TRAVAIL

Assurer le soutien à nos Institutions en modifiant en partie leur fonctionnement, sans toutefois les dénaturer ou les aliéner, est possible et à notre portée. Nombreuses sont, dans le monde, les réalités et les modèles qui en témoignent. Et n'est pas l'objectif de notre présent travail d'en exposer des cas spécifiques, mais c'est en les observant que nous pouvons caractériser les cas de travail à faire en commun, en peu de temps, par les Ordres et les Congrégations actives dans le domaine de la santé.

Les parcours que nous imaginons et voudrions mettre en œuvre, de manière communautaire et fraternelle, seront des signes face aux dimensions de la coordination et à la recomposition de la fragmentation contemporaine.

3.1) La coordination

En partant d'une relecture actualisée de nos charismes et des expériences des fondateurs, nous pourrions identifier plus clairement, plus concrètement et plus précisément les valeurs, les tensions, les spécificités et les caractéristiques qui distinguent notre expérience dans le domaine de la santé d'avec celles des autres. Sur la base de ces capacités distinctives, nous pourrions essayer de développer une véritable et propre stratégie de coordination entre nous et d'intégration dans le monde de la santé en transformation. Seul, aucun de nos Ordres et Congrégations n'est en mesure d'aborder la complexité des changements en cours. Pour agir ensemble, nous avons besoin de reconnaître les contextes actuels. Pour agir ensemble, nous avons besoin de reconnaître au nom de quel motif et dans quel but nous devons orienter nos énergies communes. Nous sommes certainement appelés à partager et à rendre synergiques des parties importantes de notre "logistique", des approvisionnements en commun, au partage de modèles d'organisation et d'administration, de la communication externe à la maximalisation de l'utilisation des appareillages technologiques et informatiques. Nous sommes aussi appelés à mettre toujours plus en commun le regard pour lire les signes des temps et les appels pour les aborder; Une pure représentation institutionnelle ne suffit pas: il faut des organismes qui, unis, peuvent exprimer une voix unitaire et opérer des choix d'action qui pourront avoir une vraie suite. Nous devons travailler pour qu'une telle possibilité se réalise.

3.2) Hub & Spokes

Une expérience réelle de coordination et d'intégration entre Ordres et Congrégations, au-delà des divisions pratiques qui nous ont souvent amené ces années à suivre notre propre route, on pourra puiser des bases et des témoignages, pour obtenir de meilleurs coordinations et recompositions, des éléments dans les systèmes sociaux de services publics et privés pour la santé.

On peut prévoir que les Systèmes Sanitaires, particulièrement en Occident, vont évoluer toujours davantage, au cours des prochaines années, vers un modèle appelé "hub & spokes" (auréole), dans lequel quelques grandes structures auront un rôle central d'intégration et de couverture générale des besoins plus spécialisés et beaucoup d'autres petites structures évolueront en articulations territoriales, pour la couverture des besoins de santé plus simples, ou spécialisés pour affronter de manière la plus efficace possible les exigences et les pathologies spécifiques. Dans un cadre de ce genre, dans lequel il y a un risque de parcellisations ultérieures des parcours de soins, pourra être particulièrement significatif le rôle de ces structures capables de fournir aux personnes des expériences intégrées et un accompagnement relationnel efficace et durable pendant le parcours de soins. Un rôle de ce type, joint à la vocation territoriale et à une tension constante à l'inclusion de tous dans le système, pourrait être une manière de pratiquer nos charismes spécifiques en les positionnant ou en replaçant de manière sensée et efficace nos Institutions dans les systèmes sanitaires en évolution.

3.3) Les Hôpitaux de Communautés

La perspective d'investir dans la réalisation de structures comme celles que l'on appelle "hôpitaux de communauté", petites structures centrées sur la personne pour traitements après périodes aiguës, ou chroniques et pour la gestion des urgences sanitaires plus légères que les structures publiques ont aujourd'hui du mal à assumer, semble en ce sens une option de grand intérêt pour nos Institutions qui pourraient bien prévoir chez elles des espaces pour de telles actions ou convertir à cette fin des réalités qui ne sont plus soutenables. Des structures comme celles-ci sont en fait l'avenir des possibilités proposées par les systèmes sanitaires contemporains parce que, intéressant les communautés, le troisième secteur, les médecins de base, elles apportent une réponse efficace, à coûts réduits de 2/3 par rapport à l'hôpital traditionnel, pour des besoins qui concernent des secteurs toujours croissants de la population. Nous croyons que les structures religieuses peuvent réaliser une partie décisive dans le renouvellement de ce système de service offert.

3.4) La médecine populaire et de territoire

Dans ce but, il faudrait amener les Institutions des Ordres et des Congrégations religieuses, par un parcours de relecture de leur propre mission et des propres fonctionnalités, à concentrer leurs attentions et les ressources sur la médecine populaire et de territoire et sur l'organisation de services comprenant particulièrement l'attention à la santé et au bien être des catégories les plus handicapées, comme peuvent l'être les personnes dépendantes, les vieillards isolés et à ressources faibles, les personnes sans domicile, les toxicodépendants, les malades psychiatriques toujours plus "oubliés" par la santé publique.

Toutes ces catégories de personnes, dont la capacité de payer les soins de leur propre poche est faible ou nulle, risquent, dans un scénario général de réduction des systèmes de welfare public, de se retrouver abandonnées à un état de faiblesse pour ce qui concerne leur état de santé en plus de la condition sociale. Par nos structures, nous avons la possibilité de leur témoigner une proximité authentique et de qualité. Il faut toutefois repenser beaucoup de nos modèles d'organisations et de gestion, pour leur faire une place dans les schémas opérationnels ordinaires et qu'on emploie dans ce but de meilleures ressources. Les Ordres et les Congrégations, comme toute l'Eglise, ne peuvent être que des témoins de charité dans ce domaine. Il est juste que la responsabilité envers les plus faibles, selon le principe de subsidiarité, soit partagée par tous mais certains, en période d'individualisme croissant et de fragilité des liens sociaux, ont un devoir prophétique dans ce domaine. Nous croyons que nos structures doivent se situer parmi eux.

3.5) Réseau et Collaboration

Une forme particulière de coordination et d'intégration est nécessaire et doit se retrouver dans nos structures et le Troisième Secteur, dans la Société Civile dont nous sommes une partie. On parle beaucoup de "réseau" et de "collaboration" en nos années, mais peu d'actes suivent, au moins dans le domaine de la santé. La connexion entre le social et le sanitaire, la recombinaison subsidiaire et innovatrice des ressources économiques et matérielles des personnes, des familles et des communautés, la valorisation du capital social et culturel des corps intermédiaires de la société sont toutes des bassins d'énergie et des ressources qu'on pourrait faire fructifier efficacement pour les faire concourir au soutien de nos structures, y compris dans le sens économique. Individualiser les formes et les propositions les plus aptes à créer ces collaborations avec le monde vital de l'associationnisme, de la coopération, de l'emprise sociale, de la représentation sociale, du mouvement pour les droits civils et sociaux est un service auquel beaucoup se sont engagés et un service générateur. Nous croyons que, de manière unitaire et partagée, nos structures aussi doivent s'engager sur ces chemins, les enrichir de leur propre histoire et compétence et s'enrichir par eux en apprenant des manières nouvelles et davantage capables d'amener la santé dans les communautés et de créer du bien-être pour tous.

3.6) La ressource du laïc

Il pourrait être donné par nos Ordres et Congrégations, dans cette direction, une poussée d'un plus grand engagement et d'une plus grande sensibilisation dans le cadre interne des collaborateurs laïcs, dans et hors de nos Institutions. Le personnel laïc qui collabore avec nous, les volontaires, les associations formelles et informelles qui sont nées avec le temps et qui se sont développées à côté de nos activités, les fidèles que nous rencontrons dans notre vie religieuse représentent un gisement d'énergie, des idées et des ressources que nous n'utilisons probablement pas assez. Nous devons avoir le courage pastoral et organisateur de proposer aux laïcs davantage de place dans notre vie et dans nos activités, les écouter, les engager plus, ne pas redouter qu'ils prennent des responsabilités, non seulement de manager mais aussi à tout autre niveau. "Nos" laïcs, particulièrement les plus jeunes, représentent aujourd'hui, un lien avec la société que nous devons valoriser davantage pour promouvoir en elle nos valeurs et notre et pour gagner plus de fraîcheur et de nouveauté dans notre culture d'organisation. Pour que ce soit possible, il est toutefois nécessaire que nous apprenions à notre tour à être suffisamment attirant pour eux en relançant conjointement les exigences de notre charisme et les possibilités de réaliser dans nos structures des expériences de formation et de développement en recherches mêmes technologiques, en correspondance avec notre temps.

3.7) Une nouvelle gouvernance

Une démarche pour rendre possible tout cela dans nos Institutions pourrait être d'étudier de nouvelles formes de gouvernance, capables de lier ressources et charisme d'une manière nouvelle et plus efficace. Particulièrement prometteuses et intéressantes nous semblent être ces formes de gouvernances conjointes entre plusieurs entités et congrégations dans lesquelles la gestion des activités est confiée à des organismes techniques, inspirés mais spécialisés, qui stimulent des synergies et des optimisations dans la gestion, cependant que l'organisation, le contrôle et l'orientation des structures restent dans le domaine de chaque congrégation; ainsi, sans renoncer à l'efficacité, on peut préserver l'identité, l'histoire et les charismes, en construisant des réalités capables d'opérer le "sauvetage" de tant de réalités en crises de notre monde. Il existe de bonnes réalisations de ce type et, surtout, elles peuvent être développées. Mais il faut de la volonté et du courage. Seul un parcours de travail commun, sérieux et approfondi pourra nous montrer si ces conditions existent et si les solutions de ce genre peuvent être réalisées par nous.

Il ne s'agit pas seulement d'un problème technique ou d'une solution juridique et administrative comme nous avons souvent tendance à nous le figurer. IL existe en effet dans le monde des expériences innovatrices, souvent de matrices culturelles communes à la nôtre, qui tentent de construire des solutions de ce genre, tant sur une vaste échelle, que dans des contextes plus petits. On pense par exemple à la Fundación Summa Humanitate qui, en Espagne et en Italie, aide beaucoup de congrégations religieuses à

ne pas gaspiller leurs propres biens et leur propre charisme en assumant sans but lucratif une gestion efficace de structures qui autrement, seraient vouées à la fermeture ou à l'aliénation . On pourra aussi étudier d'autres expériences comme celle de Welfare Italia, réseau de sujets de la société civile qui, par le bas, avec des processus de type mutualiste et coopératif, développent en Italie des dispensaires privés, polyvalents, à bas coûts et à qualité élevée, appelés "lieux de soin", dans lesquels, sans renoncer à de petites marges de profit économique, on pratique une conception de la médecine populaire, accessible et holistique. Il pourrait y avoir beaucoup d'autres exemples; on a cité les bonnes expériences multiples d'intégration entre Institutions et communautés locales qui ont fleuri dans le sud du monde grâce à l'engagement et à la persévérante prévoyance de beaucoup de nos religieux; elles constituent de vrais modèles vertueux imitables également en occident, où l'on pourrait améliorer non seulement les parcours sanitaires mais aussi aider une société fragmentée et désorientée à retrouver le sens et le pouvoir du Soins qui se trouve dans la vie communautaire. Les solutions juridiques et techniques pour faire vivre ces expériences existent et peuvent être trouvées et adaptées presque toujours, en raison du grand intérêt, même public, qu'elles présentent.

4) CONCLUSIONS

Ce document n'a pas pour but de présenter des motifs ni de prescrire des solutions. Fidèles à l'inspiration et à l'animation qui nous meut, nous nous sommes proposés de présenter à l'attention de tous, et d'abord de nous-mêmes et ensuite des supérieurs de nos Ordres et congrégations, quelques possibilités d'orientation de travail commun que la lecture quotidienne des signes des temps de nos instituts nous a suggérées.

Nous les partageons humblement, avec la disponibilité que nous offrons aux frères et aux sœurs qui sont intéressées à poursuivre, d'étendre et de concrétiser cette réflexion autour d'une table pour vous apporter des propositions concrètes et dans des expérimentations réelles pour donner du poids à nos activités et pour soigner les blessures dont, comme systèmes, nous sommes porteurs.

Le patrimoine que la tradition de nos Ordres et congrégations nous a confié est trop riche pour que nous restions impassibles devant son effritement de fait.

Notre charisme est incarné, et il habite aussi dans les murs et dans les histoires que constituent et racontent nos structures.

Nous ne pouvons pas passer à côté.

Rome, mai 2012

P. Paolo GUARISE, MI.
Président de la Commission Salute USG/UISG, Rome

Fr. Luca PERLETTI, MI.
Chairman du Groupe de travail "*Structures socio-sanitaires*"
de la Commission "*Salute USG/UISG*", Rome

Don Pino VENERITO, SDC.
ex-supérieur provincial.
Commission *Salute USG/UISG*. Rome

Fr. Moisés MARTIN BOSCA, OH.
Directeur de l'Officie *Missioni e Cooperazione Internazionale*.
Commission *Salute USG/UISG*. Rome

Prof. Paolo PEZZANA.
Directeur *Area Sanità Leggera*
et *Ufficio Legale di Welfare Italia Servizi Srl*, Gênes

Fr. Pietro NICOLAI, CFIC.
Vice-président de l'*Association ARIS*, Rome

Fr. José Ignacio SANTAOLALLA, MI.
Président de *Lares Fundación*, Madrid

M. José Ramón LOPEZ OROZA.
Directeur opérationnel de *Fundación Summa Humanitate*, Madrid